

様式 9 の 2

オンライン診療受診施設設置者死亡（失そう）届

年 月 日

（宛先）札幌市保健所長

届出義務者
住所
氏名
死亡（失踪）者との続柄

設置者が死亡した（失踪の宣告を受けた）ので、医療法第 9 条第 2 項の規定により、下記のとおり届け出ます。

記

- 1 施設の名称
- 2 設置の場所
- 3 設置者の氏名
- 4 設置者の住所
- 5 死亡（失そう）の年月日

備考 この様式により難しいときは、この様式に準じた別の様式を使用することができる。